9.9. Otras enfermedades neurológicas Si No NS

Si el paciente es mayor de 18 años:

9.10. Hipertensión Si No NS NA

Si el paciente es menor de 2 años:

9.11. Nacimiento prematuro Si No NS NA

Si una de las respuesta es SI, especificar en la Hoja de Información

10. Tiene consigo la ficha de vacunación? Si No

Proceda aunque la ficha no este disponible.

11. Favor indicar las vacunas que el paciente ha recibido:

11.1. La triple o solo sarampión Si No NS

11.1.1. ¿Cuántas dosis? 1 2 NS

11.2. Pentavalente (DPT/Hib, Hepatitis B)? Si No NS

11.2.1. ¿Cuántas dosis? 1 2 3 4 NS

UNIDAD B

10. Fecha de admisión: / /

11. Hora de admisión: :

12. ¿Tuvo el paciente otras hospitalizaciones de más de UNA noche en el mes anterior a la admisión actual? Si No NS

12.1. ¿A cuál hospital fue ingresado? _____

12.2. ¿Cuántos noches duró la hospitalización más reciente?

12.3. ¿Cuántos días antes de la actual admisión pasaron después que finalizara la anterior?

13. ¿Ha tomado algún medicamento en las últimas 24 horas? Si No NS

Si SI :

13.1. Antibióticos Si No NS

13.2. Antivirales Si No NS

13.3. Anti-piréticos Si No NS

13.4. Analgésicos Si No NS

- 13.5. Esteroides Si No NS
- 13.6. Hierbas, tes, remedio casero o natural Si No NS
- 13.7. Jarabe para la tos Si No NS
- 13.8. Otro Si No
- Si otro, especifique _____

Si el niño(a) es menor de 5 años:

14. ¿Ha tomado suero o sales en los últimos 3 días? Si No NA

UNIDAD C

15. Buscó el paciente tratamiento para esta enfermedad en algún lugar/persona antes de venir al Centro de Salud? Si No NS

- 15.1. Si **SI**, a donde fue PRIMERO por tratamiento antes de venir al hospital por esta enfermedad? _____

- 15.2. Que tipo de establecimiento es este? (*Marque solamente una opción*)

- Hospital público
- Hospital privado
- Centro de salud
- Clínica privada
- Puesto de salud
- Centro de convergencia
- Farmacia
- Tienda
- Otra

- 15.3. Que tratamiento(s) recibió durante esta visita?

- 15.3.1. Antibióticos Si No NS
- 15.3.2. Antidiarreicos Si No NS
- 15.3.3. Sueros o sales caseros para hidratación Si No NS
- 15.3.4. Sueros o sales para hidratación comprados en la tienda Si No NS
- 15.3.5. Hierbas, tes, remedios naturales Si No NS

16. Buscó el paciente tratamiento para esta enfermedad en un SEGUNDO lugar/persona antes de venir al Centro de Salud? Si No NS

16.1. Cual fue el SEGUNDO lugar a donde acudió en busca de tratamiento? _____

16.2. Que tipo de establecimiento es este? (*Marque solamente una opción*)

Hospital público

Hospital privado

Centro de salud

Clínica privada

Puesto de salud

Centro de convergencia

Farmacia

Tienda

Otra

16.3. Que tratamiento(s) recibió durante esta visita?

16.3.1. Antibióticos Si No NS

16.3.2. Antidiarreicos Si No NS

16.3.3. Sueros o sales caseros para hidratación Si No NS

16.3.4. Sueros o sales para hidratación comprados en la tienda Si No NS

16.3.5. Hierbas, tes, remedios naturales Si No NS

17. Buscó el paciente tratamiento para esta enfermedad en un TERCER lugar/persona antes de venir al Centro de Salud? Si No NS

17.1. Cual fue el TERCER lugar a donde acudió en busca de tratamiento? _____

17.2. Que tipo de establecimiento es este? (*Marque solamente una opción*)

Hospital público

Hospital privado

Centro de salud

Clínica privada

Puesto de salud

Centro de convergencia

Farmacia

Tienda

Otra

17.3. Que tratamiento(s) recibió durante esta visita?

17.3.1. Antibióticos

Si No NS

17.3.2. Antidiarreicos

Si No NS

17.3.3. Sueros o sales caseros para hidratación

Si No NS

17.3.4. Sueros o sales para hidratación comprados en la tienda

Si No NS

17.3.5. Hierbas, tes, remedios naturales

Si No NS

Ahora quisiera hacerle unas preguntas sobre su episodio de diarrea.

18. Actualmente tiene diarrea?

Si No

18.1. Si no, hace cuántos días la tuvo?

19. Diarrea con sangre

Si No NS

20. Diarrea con moco

Si No NS

21. Náusea con vómitos

Si No NS

21.1. Si **SI**, número de días en la semana pasada en los que tuvo

21.2. Actualmente tiene náusea con vómitos?

Si No

22. Calambres o dolor abdominal

Si No NS

23. Letargia (con tendencia al sueño)

Si No NS

24. Tiene el paciente alguna condición intestinal como Colitis ulcerativa, Enfermedad

inflamatoria gastrointestinal, Enfermedad de Crohn, Enfermedad celiaca, Intolerancia lactosa

u otros síndromes de mala absorción?

Si No NS

Para niños < 5 años pregúntale las siguientes:

25. Bebe ávidamente con sed mayor de lo usual

Si No NS

26. Bebe muy mal o no puede beber

Si No NS

27. Irritable/incómodo/intranquilo

Si No NS

28. Inscrito como caso de enfermedad respiratoria?

Si No

UNIT 2.2 “D”

Entrevista para casos respiratorios

29. Fiebre

Si No NS

29.1. ¿Cuándo comenzó?

/ /

30. Escalofríos

Si No NS

30.1. ¿Cuándo comenzó?

/ /

31. Tos

Si No NS

31.1. ¿Cuándo comenzó?

/ /

32. Produce esputo

Si No NS

32.1. ¿Cuándo comenzó?

/ /

33. Espujo con sangre

Si No NS

33.1. ¿Cuándo comenzó?

/ /

34. Dificultad para respirar

Si No NS

34.1. ¿Cuándo comenzó?

/ /

35. Dolor de pecho al respirar

Si No NS

35.1. ¿Cuándo comenzó?

/ /

36. Dolor de garganta

Si No NS

36.1. ¿Cuándo comenzó?

/ /

37. Le gotea la nariz

Si No NS

38. Estornudos

Si No NS

39. Ruidos al respirar o falta de aire

Si No NS

40. Dolor de cabeza

Si No NS

41. Dolor muscular

Si No NS

42. Vómitos

Si No NS

43. Diarrea

Si No NS

44. Inscrito como caso con fiebre de origen no-específico? Si No

Si, favor pasar a la Unit 2.3 “E” Encuesta de enfermedad febril,

Pregunta 47.

Si NO, favor pasar a la Unit 2.4 “F”, Encuesta de factores de riesgo, Pregunta 48.

.....

UNIT 2.3 “E”

Interview questions for fever of unknown origin patients

45. Ha tenido el paciente alguno de los siguientes síntomas en los últimos 3 días?

	3d	Hoy	No Sabe	Si SI, fecha de inicio
57. Dolor de cabeza	☐	☐	☐	☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐
58. Dolor retroorbital	☐	☐	☐	☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐
59. Sensibilidad liviana	☐	☐	☐	☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐
60. Ojos rojos	☐	☐	☐	☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐
61. Ojos amarillos	☐	☐	☐	☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ ☐

62. Escalofríos

 / /

63. Sudoración profusa

 / /

64. Orina oscura

 / /

65. Mialgias

 / /

66. Dolor en los camotes

 / /

67. Artralgias

 / /

68. Rigidez en la nuca

 / /

69. Debilidad facial/muscular

 / /

70. Dormido el cuerpo

 / /

71. Dificultad para caminar

 / /

72.Vómitos

/ /

73.Vómitos con sangre

/ /

74.Dolor abdominal

/ /

75.Diarrea

/ /

76.Náusea

/ /

77.Irritación en la piel

/ /

77.1 Si **SI**, dónde?

Cara Tórax Brazos/manos Piernas/pies

77.2 Tipo de irritación:

Macular Papular Vesicular Pustular Otra

77.3 Se tomó foto de la irritación?

Si No

78.Costras?

/ /

79.Sangrado inusual

/ /

79.1 Si SI, Encías Nariz Heces/oscuras/alquitranadas Fácil para

moretes Otros

UNIT 2.4 “F”

Entrevista de factores de riesgo

Factores de riesgo

46. Cuántos dormitorios hay en su casa?
47. Cuántas personas viven en su casa?
48. Grupo étnico:
- 48.1. Indígena?
- 48.2. Ladino?
- 48.3. Garífuna?
- 48.4. Xinca?
- 48.5. Otro?
- 49.Cuál fue el último grado escolar que el paciente (guardian if patient is <18) completó?
Ninguno Primaria Básico Secundaria Estudios superiores
50. Ingresos mensuales de la familia:
< Q1000 Q1001-Q3000 Q3001-Q5000 > Q5000 No responde
51. De que material esta hecho el techo de su casa? Teja Palma lamina otro
52. Qué tipo de piso tienen en su casa? Tierra Cemento Piedra/otro
53. Tienen cedazo en las ventanas de su casa? Si No
54. Tienen en su casa alguno de los siguientes (*marque todos los que apliquen*)?
- 54.1. Energía eléctrica Si No
- 54.1.1. ¿Cuántas bombillas hay en su casa al día de hoy? _____

- 54.2. Refrigeradora Si No
- 54.3. Computadora Si No
- 54.4. Radio Si No
- 54.5. Lavadora Si No
- 54.6. Carro/Camión Si No
- 54.7. Televisión Si No
- 54.8. Secadora Si No
- 54.9. Teléfono Si No
- 54.10. Microondas Si No

54.11. De dónde sacan agua para beber o cocinar? *(No lea las opciones, seleccione todas las que apliquen)*

- Chorro dentro de la casa de la red pública
- Chorro en el patio/compartido de red pública (chorro público)
- Chorro en el patio/compartido con otra fuente
- Lavaderos públicos
- Tienen pozo propio
- Pozo público
- Compran agua pura /agua embotellada
- Agua de camión o cisterna
- Agua de lluvia
- Agua del río o lago

55. Ustedes normalmente almacenan agua para beber en su casa? Si No

55.1. Generalmente le hacen algo al agua para limpiarla [o tratan el agua] antes de beberla? Si No

55.1.1. La hierven Si No

55.1.2. Le agregan químicos (cloro) Si No

55.1.3. La filtran (con tela o filtro cerámico) Si No

55.1.4. ¿Qué más le hacen?

56. Usan repelentes contra los mosquitos? Si No

57. Usan pabellón o mosquiteros para dormir? Si No

58. Usted fuma? Si No

59. Alguien en su casa fuma? Si No

60. Manda a su niño a una guardería infantil? Si No NA

61. Si el paciente es menor de un (1) año: ¿Al niño le dieron de pecho durante el primer año de vida? Si No

61.1. ¿Durante los 7 días antes de que el niño se enfermara, que comió el niño?

61.1.1. Solamente formula infantil Si No

61.1.2. Solamente pecho Si No

61.1.3. Formula infantil y pecho Si No

61.1.4. Ni formula infantil, ni pecho Si No

62. ¿En el mes antes de enfermarse ha viajado fuera de Guatemala? Si No

63. ¿En el mes antes de enfermarse visitó otro departamento? Si No

64. ¿En el mes antes de enfermarse lo mordió algún animal? Si No

65. ¿Lo picó alguna garrapata en las 2 semanas antes de enfermarse? Si No

66. ¿Lo picó alguna pulga en las 2 semanas antes de enfermarse? Si No

67. Hay ahora alguna otra persona en su casa que esté enferma con fiebre, dolor de garganta o tos? Si No

68. ¿A usted / al paciente le ha dado dengue alguna vez? Si No

68.1. Cuando (Año):

68.2. Cuando (Mes):

68.3. Se lo diagnosticaron algún personal médico? Si No

69. Ha visto ratones u otros roedores en su casa durante el mes anterior? Si No

70. En los últimos días, ha usted tocado o ha estado a un metro de distancia de cualquiera de los siguientes pájaros o animales? (*Marque todos los que apliquen*)

Pollos o gallinas

Patos/Gansos

Cerdos

Palomas

Gallos de pelea

Otros pájaros

70.1. Si contesta que **SI** a cualquier pájaro o animal en la pregunta 15, estaba cualquiera de estos pájaros o animales enfermos o muertos? Si No NS

70.1.1. Indicar cuál de los animales estaba enfermo o muerto.

Pollos / gallinas

Patos / Gansos

Cerdos

Palomas

Gallos de pelea

Otros pájaros

Si cualquiera de las preguntas arriba es SI, favor de especificarlo en la Hoja de Información

If Diarrhea Patient, go to Unit 3.1 “G”, Patient Exam, Question 74

If Respiratory Patient go to Unit 3.2 “H”, Patient Exam, Question.

UNIT 3.1 “G”

Diarrea Examen Fisico hecho por la enfermera

71. Verifique los siguientes signos para niños < 5 años :

71.1. Ojos:

Normal Hundidos (madre confirma que mas de lo normal)

71.2. Mucosa oral:

Normal Algo sec Bastante seca

71.3. Sed:

Normal Con sed, bebe ávidamente Toma poco o nada

71.4. Pellizco de piel:

Normal Demora poco (≤ 2 sec.) Demora mucho (> 2 sec.)

71.5. Mollera hundida:

Normal Hundidos (madre confirma que mas de lo normal)

71.6. Estado mental:

Normal inquieto, irritable Letárgico/inconsciente

72. Temperatura (°C) al presentarse

. °C

If Enrolled as Diarrhea, go to Unit 4.1 “J”, Chart Review, Question 85.

If Enrolled as Respiratory, go to Unit 3.2 “H”, Patient Exam, Question

73.

UNIT 3.2”H”

Examen medico para pacientes con enfermedad respiratoria

73. Auscultación:

73.1. Sibilancias Si No NA

73.2. Estertores gruesos Si No NA

73.3. Estertores finos Si No NA

73.4. Roncus Si No NA

74. Adenopatía Si No NA

75. Estado mental alterado Si No NA

Para niños <12 años:

76. Aleteo nasal ninguno intermitente siempre

77. Murmullo vesicular normal sonido leve ausente

78. Usa músculos del pecho para respirar: leve moderado grave

79. Puntuación de Dawnes 0-3 4-5 >6

Para niños <2 años:

80. Letárgico Si No NA

81. No puede comer o beber bien Si No NA

If the patient is enrolled in respiratory diseases go to unit 4.2 “K”,

question 87.

.....

UNIT 4.1 “J”

Record medico **para casos de diarreas**

82. **Diagnóstico:**

82.1.	Neumonía	Si ☐	No ☐
82.2.	Infección del tracto respiratorio superior (IRS)	Si ☐	No ☐
82.3.	Sonidos como de pito/broncoespasmo	Si ☐	No ☐
82.4.	Enfermedades crónico-destructivas pulmonares (EPOC)	Si ☐	No ☐
82.5.	Influenza o enfermedad similar a influenza	Si ☐	No ☐
82.6.	Faringitis/amigdalitis	Si ☐	No ☐
82.7.	Otitis media	Si ☐	No ☐
82.8.	Diarrea	Si ☐	No ☐
82.9.	Gastroenteritis	Si ☐	No ☐
82.10.	Desintería	Si ☐	No ☐
82.11.	Deshidratación	Si ☐	No ☐
82.12.	Otro	Si ☐	No ☐
82.12.1.	Especificar?		

If Enrolled as Diarrhea, go to Unit 5, Taking Specimens, Question 94.

If Enrolled as Respiratory, go to Unit 4.2 “K”, Chart Review, Question 87.

UNIT 4.2 “K”

Record medico enfermedades respiratorias

83. Presión sanguínea /

84. Pulso por minuto

85. Gas arterial

85.1.1. pH

.

85.1.2. pO₂

. %

85.1.3. pCO₂

. %

85.1.4. Saturación de oxígeno

. %

86. Diagnósticos de admisión (*Marque todos los que apliquen*):

Neumonía (NM)

Bronconeumonía (BNM)

Bronquitis hiperactiva

Bronquiolitis

Inyección respiratoria superior (IRS)

Dificultad respiratoria

Disnea

Bronquiospasmos

Bronchiectasis

Traquebronquitis o traquebronquiolitis

Enfermedad pulmonar obstructive cronica (EPOC)

Faringitis, amigdalitis, o laringotraqueitis

Otitis media

Diarrea

Gastroenteritis

Dysentery

Dehydration

Sepsis

Asma (Estadio asmático, asma bronquial, crisis asmático)

Cianosis

Croup

Pleuritis (o derrame pleural)

Tuberculosis (TB)

Tos (o tos hemoptisis)

Absceso pulmonar

Fiebre tifoidea

Tos en excesos

Fiebre

Tos ferina (coquelachoina)	☐
Fatiga	☐
Dolor torácico	☐
Otro	☐
Especifique	<hr/>

Tratamiento de antibióticos al momento de la admisión

87. Ha recibido el paciente alguno de estos tratamientos durante las primeras 24 horas de admisión?

87.1. Antivirales Si No NS

87.1.1. ¿Cual antiviral recibió?

Amantadina Si No NS

Oseltamivir Si No NS

87.2. Esteroide Si No NS

87.2.1. ¿Cual esteroide recibió?

Dexametazona Si No NS

Hidrocortizona succinatio Si No NS

Metilprednisolona Si No NS

Prednisona Si No NS

87.3. Suelo o sales de hidratación oral Si No NS

87.4. Antibióticos Si No NS

87.4.1. Marque todos los antibioticos que recibio:

Amikacina

Amoxicilina

Amoxicilina+ Acido clavulanico

Ampicilina

Ampicilina+Sulbactam

Azitromicina

Cefotaxima

Cefotriaxone

Cefalotina

Cefuroxima

Ciprofloxacina

Clindamicina

Cloranfenicol

Dicloxicina

Doxicilina

Gentamicina

Meropenem

Metronidazol

Ofloxacina

Penicilina

Trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMZ)

Vancomicina

Otro?

Especifique: _____

UNIT 5 “M”

Pruebas biológicas

88. Sangre para cultivo Fecha: / / No. de ml .

89. Sangre para suero Fecha: / / No. de ml .

90. Ha recibido el paciente algún antibiótico en las últimas 72 horas antes de colectar la

muestra de sangre?

Si

No

No sabe

91. Heces

Muestra proporcionada No seleccionada Frote usado

91.1. Fecha de coleccion para heces:

/ /

91.2. ¿Muestra adecuada?

Si. No.

92. Ha recibido el paciente algún antibiótico en las últimas 72 horas antes de colectar la muestra

de heces?

Si. No.

93. Frote NP

Fecha:

/ /

94. Frote OP

Fecha: / /

95. Orina

Fecha: / /

No. de ml

96. Radiografía de pecho

Si No

97. Otras pruebas adicionales al momento de la admisión:

Fórmula diferencial Química de la sangre

Pruebas de funcionamiento del hígado

Otras

Especifique _____

Si cualquiera de las respuestas arriba es SI, favor especificarlo en la Hoja de Información

Solo para pacientes de resperiatoria:

98. Fecha para la próxima visita de seguimiento:

/ /